

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

343

Année 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 9 Mai 1901, à 1 heure

Par JOSEPH MATHIEU

Né à Épinal (Vosges), le 6 Janvier 1873.

Contribution à
l'Étude du Vertige
Et en particulier du
Vertige Épileptique.

Président : M. DIEULAFOY, professeur.

Juges : MM. BOUCHARD, professeur.

DESGREZ et TEISSIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 9 Mai 1901, à 1 heure

Par JOSEPH MATHIEU

Né à Épinal (Vosges), le 6 Janvier 1873.

Contribution à
l'Étude du Vertige
Et en particulier du
Vertige Épileptique.

ACAD. Président : M. DIEULAFOY, professeur.

Juges : MM. BOUCHARD, professeur.

DESGREZ et TEISSIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M.	BROUARDEL
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	BRISAUD.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	BERGER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	N.
Clinique médicale.....	CHANTEMESSE.
	DEBOVE.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	TERRIER.
Clinique chirurgicale.....	DUPLAY.
	LEDENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchement.....	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	ROGER.
ALBARAN.	GILLES DE LA TOURETTE.	SEBILEAU.
ANDRÉ.	HEIM.	TEISSIER.
BONNAIRE.	HARTMANN.	THIERY.
BROCA Auguste.	LANGLOIS.	THIROLOY.
BROCA André.	LAUNOIS.	THOINOT.
CHARRIN.	LEGUEU.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	LEJARS.	VARNIER.
DELBET.	LEPAGE.	WALLICH.
DESGREZ.	MARFAN.	WALTHER.
DUPRÉ.	MAUCLAIRE.	WIDAL.
FAURE.	MENETRIER.	WURTZ.
	MERY.	
Chef des travaux anatomiques.....		M. RIEFFEL.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FAMILLE

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFOY

Médecin des Hôpitaux,

Professeur de clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris

Commandeur de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion, pendant nos années d'externat, d'examiner, d'observer un certain nombre d'épileptiques. Notre attention a été surtout portée vers l'étude des formes frustes de l'épilepsie, variétés dont la recherche et la mise en lumière constitue pour une grande part l'intérêt clinique de cette névrose. Nous n'avons pas l'intention de dissenter sur la longue théorie des formes spéciales précitées; les modestes proportions que nous avons donné à notre travail ne nous permettent pas de nous étendre outre mesure; nous voulons simplement rapporter, dans notre thèse inaugurale, les résultats de quelques observations touchant une forme particulière d'épilepsie : le vertige.

Nous diviserons notre sujet en plusieurs paragraphes; après avoir exposé, aussi schématiquement, aussi brièvement que possible ce qu'est l'attaque d'épilepsie franche, nous montrerons qu'à côté se développent concurremment d'autres modalités de cette né-

vrose tout aussi intéressantes à passer en revue. Ceci sera bref, rapide, car nous tenons à arriver au cœur même de notre question. On a appelé ces formes frustes de l'épilepsie larvée : du vertige épileptique ; nous nous efforcerons de prouver que cette appellation est défectueuse, qu'il faut en revenir au terme d'épilepsie fruste et qu'il y a enfin, dans l'épilepsie, du vertige vrai qui, lui, mérite plus justement et « seul », le titre : *vertige épileptique*.

Jusqu'ici, ce vertige a fait l'objet de nombreux travaux ; mais, nous devons l'avouer, faute d'une entente parfaite sur le sens précis de cette modalité clinique, il ne nous a pas toujours été possible de trouver des appuis à la thèse que nous défendons ; aussi verrons-nous dans le courant de notre exposé, quelles sont les raisons qui nous ont déterminé à élaguer nombre d'observations dans lesquelles la description du symptôme vertige n'était pas même ébauchée.

Mais, avant d'aborder notre sujet, nous tenons à acquitter des dettes de reconnaissance. Nous sommes heureux de nous rappeler les leçons des maîtres dont nous avons eu le bonheur d'être l'élève : MM. les professeurs Peyrot, Gilbert, Dieulafoy, Duplay, MM. les docteurs Kahn, Appert, Gandy, Cazin, Mathieu, Darier. A tous, de grand cœur, nous disons merci et nous les prions de bien vouloir accepter nos sincères remerciements pour leurs savants enseignements.

Mais notre très grande gratitude va tout particulièrement vers M. le professeur Dieulafoy. Nous n'oublions pas que c'est dans son service, à l'Hôtel-Dieu,

que nous avons fait nos premières armes ; qu'il veuille bien nous permettre de lui apporter ici le témoignage bien faible de notre affectueux dévouement et de notre reconnaissance pour la bienveillance avec laquelle il nous a toujours dirigé dans le cours de nos études.

Nous le remercions également pour le très grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

En un mot, à tous ceux qui ont facilité nos études :
merci.

CHAPITRE PREMIER

« Le mot épilepsie entraîne, dans l'esprit du public, et, il faut le dire, d'un grand nombre de médecins, l'idée d'une maladie caractérisée par des attaques convulsives, en général de courte durée avec perte subite et complète de connaissance, avec turgescence du visage, distorsion de la bouche et des yeux, immobilité des pupilles, excrétion abondante d'écume sanglante par la bouche. Telle est, en effet, la définition, définition très imparfaite de la grande attaque. Mais, cette grande attaque ne constitue qu'une des formes de l'épilepsie ; à côté de celle-ci, il en est d'autres qui se rencontrent plus communément peut-être et qui, toutes différentes qu'elles paraissent être au premier abord, ont entre elles la plus grande analogie. Malgré leur variété, elles sont, en définitive, l'expression d'une seule et même maladie ». (Trousseau, *Clinique médicale*, 5^e édit., 1877, p. 93.)

Cette grande attaque, ainsi schématisée de main de maître, à tel point qu'il est inutile d'ajouter un seul mot à la description de Trousseau, constitue donc la manifestation basale de l'épilepsie. Sa sémeiologie en est si caractéristique, si simple, si nette, si marquante que la névrose qui nous occupe, sous cette forme du moins, a été connue et décrite de toute antiquité, sous les noms les plus divers d'ailleurs. Qu'il s'agisse du morbus major, du morbus lunaticus, c'est en somme, sous des noms différents, la même description qui est utilisée depuis près de deux mille ans. La maladie qui, jadis, suspendait les comices quand, pendant ces assemblées un homme tombait en attaque, la maladie qui, d'après l'antique mythologie, avait atteint Hercule, le mal démoniaque, le mal Saint Gilles, tout cela formait une entité morbide parfaitement définie, singulièrement une : l'épilepsie.

Telle quelle, cette unité prévalut pendant des siècles ; mais, et c'est à l'époque qui termine qu'en échoit l'honneur, une étude plus approfondie des symptômes permit, pour nombre de maladies et en particulier pour l'épilepsie, une sorte de fragmentation.

Il y eut dès lors, à côté de l'épilepsie, une forme larvée de cette névrose, et, sous ce nom de forme larvée il faut entendre plus qu'une atténuation, presque une variété nouvelle de la maladie.

Nous pouvons ici citer un exemple de forme larvée : le typhus ambulatorius en réalise un assez bon. On sait qu'en pareille circonstance les malades, bien qu'ayant subi l'imprégnation par le bacille d'Eberth vont et

viennent à peu près comme des individus sains. C'est à peine s'il y a eu, au début, un peu de courbature, un peu d'inappétence, quelques frissons. On dirait un simple embarras gastrique vulgaire. Cela se prolonge, à vrai dire, un peu au delà des limites accoutumées, puis, subitement, éclate un accident extrêmement grave dû aux fautes d'hygiène alimentaire commises par le malade : la perforation ; c'est cet accident qui, suivant l'expression de M. Jaccoud, fixe à la fois le diagnostic et le pronostic.

Ces formes d'épilepsie larvée n'ont pas été étudiées (nous empruntons la plupart des renseignements qui vont suivre à la thèse de M. Combret) avant le XVIII^e siècle. Le traité de Brescou (1742) la signale en ces termes : « il y a des auteurs qui ont vu des épileptiques qui ne tombaient pas, qui restaient debout, d'autres enfin qui couraient. J'altérerais la vérité si je rapportais en avoir vu de semblables mais un médecin plus moderne assure avoir observé tous ces cas dans le même malade. »

Franck, en 1821, Georget décrivent une épilepsie larvée à laquelle ils rattachent nombre de troubles qui n'ont rien à voir avec le morbus Herculeus tandis qu'ils en séparent soigneusement, pour les rattacher à d'autres entités morbides des troubles qui, manifestement, appartiennent à l'épilepsie.

Citons encore quelques noms : Calmeil, Bouchut, Cavalier (54), Herpin (53), Trousseau (68). A vrai dire, c'est à ce dernier que revient réellement l'honneur d'avoir décrit, dans une vue d'ensemble, les manifesta-

tions larvées de l'épilepsie. Depuis cette époque, la question a été étudiée encore plus à fond et il faudrait noter les noms de tous ceux qui se sont livrés à l'étude des névropathies. Nous citerons seulement Legrand du Saulle, Magnan, Kraft-Ebing, Gowers, Hamilton, Westphal, Algéri, Bourneville, Jackson, Grasset, Leroux (*Dict. encyclop. des sc. méd.*), Weil (*Des Vertiges*, th. d'agrégation 86), Combret (*Epilepsie larvée*, Paris, 95 96), Toigne (*Vertige épileptique*, diagnostic et traitement, Paris, 1877), Jannin (*Epilepsie larvée*, Paris, 1875).

Parmi ces accidents de l'épilepsie larvée, il en est un sur lequel nous voulons appeler l'attention. Au dire de certains, il est fréquent, sans que l'on sache trop comment l'on doit admettre cette assertion, tant il y a de diversité dans la manière dont on doit comprendre ce symptôme, tellement est variable la description que les cliniciens ont fait sous le chef : vertige épileptique.

Il semble qu'il y ait eu, à ce sujet, confusion, les uns admettant, d'autres repoussant entièrement cette entité morbide, d'autres enfin l'adoptant, mais avec des restrictions.

De fait, dans la thèse de M. Weill (thèse d'agrégation, Paris, 1886, sur les vertiges), nous lisons le résumé suivant des appellations variables que l'on a donné au mot : vertige épileptique. On a compris sous ce nom, dit-il, « des états bien divers : le vertige proprement dit, l'aura vertigineuse, l'absence, la chute avec perte de connaissance, l'accès incomplet avec ses différents délires. »

Mais voyons encore de quelle façon on a surchargé le titre : vertige épileptique.

Il existe une merveilleuse clinique de Trousseau dans laquelle cet auteur expose de façon magistrale ce qu'il entendait décrire sous ce nom et quelle était cette « expression de l'épilepsie la plus ignorée des médecins ». A vrai dire on y trouve, très bien exposées, les manifestations larvées de l'épilepsie, mais de vertige, point. Un exemple entre mille.

« J'ai été appelé, dit-il, à donner mon avis pour un jeune garçon épileptique qui venait du Berry pour me consulter à Paris. Dans le court espace de temps qu'il resta dans mon cabinet, il fut pris de vertige caractérisé par des éclats de rire saccadés. L'accès dura à peine quelques secondes et le malade reprenant immédiatement sa connaissance parut très étonné quand je lui demandais pourquoi il avait ri ainsi. Il n'avait aucune conscience de ce qu'il venait de faire ». Où donc dans cette observation se trouve le *vertige* ?

Et le Brésilien, pris de *vertige* épileptique à la vue d'individus se querellant, vertige caractérisé par « une sensation de chaleur qui, partant de l'ombilic, montait dans le dos et se terminait par une perte absolue de connaissance ».

Et la jeune fille couchée au n° 32 de la salle Saint-Bernard et atteinte de *vertige* épileptique caractérisé par des impulsions inconscientes sur le compte rendu desquelles nous ne nous étendrons pas, renvoyant pour en prendre connaissance à la clinique même de Trousseau.

Et l'ecclésiastique ; et le musicien atteints tous deux d'absence.

En somme, il y a de tout dans cette clinique. C'est certainement la meilleure vue d'ensemble sur les formes larvées de l'épilepsie ; mais on n'y trouve pas le moindre vertige, avec le sens, du moins, qu'on attache à ce mot.

Pendant plusieurs années, on continua à décrire sous le nom de vertige comitial, les manifestations frustes de la névrose que nous étudions. Cette compréhension était tellement entrée dans les mœurs médicales que Toigne, (thèse de Paris 1877) faisant sa thèse inaugurale sur le vertige épileptique, décrit « toutes les manifestations du petit mal, depuis l'aura, l'absence, le vertige proprement dit, jusqu'à l'épilepsie larvée ». Et il ajoutait : « quelquefois on en rapproche les attaques avortées ou accès incomplets, car elles s'éloignent fort, par la gravité du pronostic, des attaques du grand mal et elles se montrent souvent unies au vertige épileptique. »

Et pourtant déjà apparaît le mot : *vertige proprement dit*. Un doute avait dû surgir dans l'esprit de cet auteur sur le droit que l'on avait d'étendre à tel point la compréhension du mot vertige, car, dès le début de sa thèse, il dit : « dans son acception la plus large, le mot vertige rappelle l'état dans lequel il semble que tous les objets tournent et que l'on tourne soi-même, état très souvent suivi de troubles, d'obscurcissement de la vue au point que le patient a peine à conserver l'équilibre. » C'est à peu près d'ailleurs la seule impor-

tance qu'il donne au vertige en lui-même. Par contre la description qu'il fait de l'épilepsie larvée telle que l'entendait Trousseau est excellente. Nous avons pu cependant lui emprunter quelques-unes de ses observations où nous avons cru trouver le vertige tel que nous l'entendons.

CHAPITRE II

Vertige épileptique. Ceci suppose donc que nous allons trouver dans cette forme clinique la séméiologie du *vertige* : aussi croyons-nous bon, de faire débiter cette étude par la définition et la séméiologie du vertige ; il nous sera plus facile, semble-t-il, d'encadrer dès lors notre question et de la renfermer dans ses justes limites.

Donner une définition complète du vertige n'est point chose facile. Il s'agit là d'un syndrome, d'une association de symptômes qui s'enchainent les uns les autres, si bien que telle ou telle définition peut être parfaite si l'on considère une phase du vertige, incomplète au contraire si l'on donne au vertige une acception plus étendue.

Ce qui domine dans le vertige, ce qu'avait déjà distingué Jackson, c'est un trouble moteur, une sensation subjective à laquelle viennent se joindre d'autres symptômes constituant un ensemble qui a été parfaitement

schématisé par M. le professeur Grasset auquel nous nous permettons d'emprunter ici ses idées, ses déductions nous ayant, en effet, paru logiques et absolument raisonnables.

Donc le vertige est un trouble moteur ; mais, au début tout au moins, ce n'est pas un trouble moteur sensible ; c'est un signe purement *subjectif*. Il semble au malade que le monde environnant est animé d'un mouvement fantastique. Tantôt le déplacement se fait dans le sens longitudinal et c'est ce qui se passe lorsqu'on regarde fixement le cours d'une rivière du haut d'un pont ; au bout d'un certain temps l'onde vous semblera immobile tandis que vous-même et les objets environnants se déplaceront dans le sens inverse du courant. D'autres fois le déplacement se fait en hauteur ou circulairement (valse, ivresse).

Pour peu que le vertige ait une certaine durée, il s'y joint un sentiment que Lasègue, avait bien mis en lumière : déjà, *la possession du « moi » est moins complète* et le sujet n'est plus maître de la direction qu'il doit imprimer à ses pensées. Ceci est fort important, aussi Guéneau de Mussy avait-il attiré l'attention sur ce détail. Que cette possession du « moi » s'atténue encore, que le trouble de l'idéation s'accroisse et nous allons assister à une véritable extériorisation du moi, au vertige épileptique. Nous y reviendrons d'ailleurs ; mais nous tenions dès maintenant à montrer la gradation en précisant bien ce point.

En même temps que ce tournoiement fantastique (G. de Mussy) en même temps que cette sensation d'ef-

froid qui se traduit par les signes caractéristiques de l'horripilation, par la contraction réflexe du dartos et du crémaster, par la chair de poule par une abondante excrétion de sueurs froides, pour que le vertige atteigne un degré de plus, le sol manque sous les pieds du vertigineux. Quelquefois même ce signe tend à apparaître un des premiers ; alors il semble que le malade soit entraîné tandis que les objets restent immobiles ; bientôt, à l'illusion de la chute ne tarde pas à succéder la chute elle-même.

Cette perte de la stabilité (perte subjective, par trouble de l'idéation) s'aggrave donc parfois de chute ; mais, même dans la position horizontale, le vertige peut persister comme c'est le cas en particulier dans l'ivresse.

Notons encore des troubles sensoriels constants, pour ainsi dire : le sujet se plaint d'éblouissement, la vision devient moins nette, des nuages passent devant les yeux, il y a de la diplopie, la coloration des objets cesse d'être perçue ou, d'autres fois, se perçoit sous des aspects différents de la réalité.

Ajoutons à ce tableau des troubles auditifs variés : tintements, bourdonnements de cloches qui sonnent à toute volée, sensation d'un train arrivant à grande vitesse, bruits de jets de vapeur, ronflements de volants de machine, etc. Ces sensations auditives et visuelles peuvent manquer ; mais, assez souvent, on note des troubles gastriques. Le sujet vous dira que, pendant l'accès vertigineux, il a le « cœur sur les lèvres » ; souvent même l'accès aboutit au vomissement.

Notons enfin des troubles cardiaques dont la symptomatologie se réduit à celle de la palpitation banale.

Eh bien ! d'après cette séméiologie quelle définition allons-nous donner du vertige ? A ce sujet, nous avons consulté un certain nombre d'auteurs.

Pour Guéneau de Mussy (cité par Leroux, dictionnaire encyclopédique des sciences médicales), le vertige est « un trouble cérébral, une erreur de sensation sous l'influence de laquelle le malade croit que sa propre personnalité ou que les objets environnants sont animés d'un mouvement vibratoire ou oscillatoire. »

Cette définition paraît à M. Leroux quelque peu incomplète. De fait elle laisse tout à fait à l'écart les cas, nombreux, où, à la sensation signalée comme étant l'élément essentiel du syndrome vertige s'ajoutent des oscillations du corps, oscillations qui peuvent très bien aboutir à la chute.

Cette conscience d'un trouble de l'incoordination motrice, mise en avant par Jackson dans ses nombreux travaux sur le vertige se retrouve encore dans la définition de M. Hallion (manuel de médecine, tome IV), définition qui d'ailleurs, présente comme la précédente le défaut d'être incomplète : « Le vertige est un syndrome dont l'élément essentiel est une sensation subjective d'instabilité de notre position dans l'espace par rapport aux objets environnants. »

Définition incomplète, avons-nous dit ? Cette sensation *subjective* se double, en effet, très souvent de *phénomènes moteurs* qui s'emparent du sujet ; nous les avons décrits

plus haut. Il n'y a donc pas rien que l'*illusion* du mouvement; il s'y ajoute des mouvements *apparents* du corps : oscillations, titubation, menace de chute et même parfois chute.

C'est ce que P. Franck avait parfaitement remarqué lorsqu'il avait défini le vertige : « un mouvement apparent du corps ou des objets extérieurs, une imagination fausse reconnue telle par le jugement *avec titubation*, » complétant ainsi la définition de La Mettrie.

De là à arriver à la définition de Jackson, il n'y a qu'un pas. Pour cet auteur (An address on ophthalmology in Brit. médic. journal, 19 mai 1877), le vertige est : « *une titubation commençante* » (reeling) ou, si l'on aime mieux, et nous croyons qu'il faut ainsi comprendre ces mots : une titubation commençante est l'aboutissant des sensations vertigineuses; mais cette titubation c'est encore du vertige.

A toutes ces définitions, il faut ajouter, d'après Valleix : « avec conservation de la connaissance. » Cette conservation serait, pour ainsi dire, la condition *sine qua non* de la possibilité du diagnostic vertige et c'est surtout sur cette absence ou cette présence de la conservation de la conscience qu'on se baserait pour éliminer le syndrome du vertige épileptique que nous étudions en ce moment.

Que faut-il penser de cette proposition ?

Evidemment le malade conserve la notion des sensations dont il est l'objet; mais il y a une restriction à faire. Nous avons vu plus haut, dans notre description, que pour G. de Mussy, la possession du moi était moins

complète. Cet auteur se trouve donc un peu en contradiction avec Valleix.

Evidemment le malade garde la conscience des sensations qu'il éprouve, mais cette conscience est plus ou moins imparfaite ; aussi plusieurs ont-ils insisté sur cet obscurcissement des sens, sur cette défaillance qui, si souvent, s'associe aux mouvements apparents ou réels du corps.

M. Weill (*loc. citato*), dans sa thèse, s'élève, au contraire, contre l'association que l'on a fait de ces deux choses : mouvement apparent ou réel du corps, obscurcissement des sens. « Nous appuyant, dit-il, sur l'autorité du professeur Charcot, nous n'hésiterons pas à réserver le nom de vertige à cet état dans lequel le malade a des sensations d'instabilité de son propre corps qui lui paraît animé d'oscillations, de mouvements de déplacement rectiligne ou circulaire, dans lequel le sol paraît s'effondrer ou balancer comme la surface de la mer, qui provoque des mouvements apparents dans les objets que nous voyons et qui s'accompagne parfois de véritables mouvements de titubation ou de chute. Mais quelles que soient les sensations illusoires qui se présentent au malade, celui-ci *garde sa connaissance complète*, et peut toujours rendre compte de ce qu'il a éprouvé.

« Si nous voulons rechercher ce qui, au milieu de tous les éléments que nous venons d'énumérer, est constant et essentiel, nous voyons que les sensations visuelles, tactiles, les mouvements produits peuvent manquer ; que ce qui domine, c'est la conscience d'un

trouble de l'incoordination motrice. (H. Jackson, cité par Parker, on vertigo, Brain, 84-85), « la conscience de l'équilibration désordonnée », (Stephen Mackenzie, article vertige, dictionnaire de Quain, 82.)

« C'est la même idée que nous trouvons exprimée par Goltz, Ferrier, Charcot, et nous pourrions définir le vertige avec Grainger Stewarts. (Clinical lectures on giddiness, Edimbourg, 84), le sentiment de l'instabilité de notre position dans l'espace, relativement aux objets environnants. » (Weill, thèse d'agrégation, 86.)

Cependant, il faut bien en convenir, l'opinion de Guéneau de Mussy est absolument vraie. Quiconque a éprouvé du vertige une fois dans sa vie, conviendra avec nous qu'il y a évidemment une *diminution du moi*, un *obscurcissement des idées*. Dans cet obscurcissement, il y a des *degrés*, depuis le plus léger jusqu'à l'obscurcissement absolu et c'est alors qu'est réalisé le type du vertige dit épileptique. Il semble que cette conception ait été de toute antiquité, car depuis Hippocrate, Galien, Aretée, jusqu'à Bellini, le vertige trouva sa place à côté de l'épilepsie.

Cette gradation dans l'obscurcissement montre, semble-t-il, que ce n'est pas un abus de langage de dire : vertige épileptique, bien qu'ici, il y ait éclipse totale de la conscience. Nous allons montrer, tout à l'heure, d'ailleurs, que, même dans ce vertige dit épileptique, il y a des *degrés*, car, à côté d'*accès vertigineux typiques avec conservation totale du souvenir*, le sujet ayant absolument conscience qu'il s'agit d'une hallucination, *il y a, s'entremêlant aux précédents*,

des accès vertigineux terminés par la perte brusque de la conscience.

Pourquoi, d'ailleurs, refuser au vertige épileptique le titre vertige, puisqu'il présente tous les éléments du syndrome vertige ? Est-ce parce qu'il s'accompagne parfois de perte de connaissance ? Ainsi donc, il y aurait dans l'épilepsie, ainsi que nous en donnerons des exemples, d'une part du vertige vrai, d'autre part du vertige faux ? Mais il y a d'autres vertiges, en dehors du vertige comitial qui entraînent la perte totale, *absolue* de conscience et auxquels pourtant on n'a jamais songé à disputer le titre de vertige. Nous en empruntons un exemple au professeur Charcot. Dans le vertige *ab aure læsa*, le malade conserve la parfaite conscience de ses actes ; il peut même expliquer avec détails toutes les sensations qu'il éprouve ; par contre, certains auteurs, Ménière et Gowers ont observé des vertigineux auriculaires qui perdaient connaissance. Dans la *Gazette des hôpitaux* de 1880, Révillon expose une observation ayant trait à une femme qui tombait, avait pleine conscience de sa chute, mais, à partir de ce moment, ne se rappelait plus de rien ; elle se retrouvait debout sans savoir comment.

Et le vertige des artério-scléreux, si l'on s'en rapporte à M. le professeur Grasset, à M. Hallion, ne peut-il revêtir tous les degrés d'intensité ? N'en existe-t-il pas trois types ?

1^o Vertige vrai ;

2^o Vertige avec attaques épileptiformes ;

3° Vertige avec pouls lent, permanent et paroxysmes épileptiformes ou syncope.

Vérité en deçà, erreur au delà. Le mot de Pascal serait-il encore vrai? Ainsi donc, on pourrait dire : vertige lorsqu'il s'agirait de vertige épileptiforme, c'est-à-dire avec *perte de connaissance*, et l'on ne pourrait dire vertige épileptique? Où donc serait la logique?

Et ce n'est pas tout. Que quelques auteurs refusent à la variété de mal comitial que nous étudions le titre vertige sous prétexte que le criterium absolu du vertige est la conservation de la connaissance, soit; mais, et nous en signalons quelques exemples très détaillés, il y a, dans l'épilepsie, du *vertige type*, sans perte de connaissance, syndrome qu'il est impossible de rattacher à n'importe quelle autre cause qu'au mal comitial. Il y a donc, abstraction faite du vertige avec chute et perte de connaissance, un ensemble de symptômes auquel on ne peut, sous aucun prétexte, refuser le titre de vertige épileptique. Et nous ajoutons qu'entre ces deux extrêmes, il y a toute une gradation qui rétablit la liaison et unit les anneaux de la chaîne, si bien qu'il nous semble, qu'avec M. Grasset, il faut actuellement accepter cette entité morbide. Ce n'est donc pas une espèce à part, c'est, suivant la remarque très juste de M. Grasset, *la plus haute expression du vertige*. Au contraire, les vertiges de faible intensité se jugeraient par la conservation de la conscience.

Cette conception d'un vertige de séméiologie variable dans l'épilepsie diffère un peu, à vrai dire, de celle de M. Grasset. Cet auteur dit, en effet : « Quelque réduite

que soit une manifestation comitiale, quelque atténuée que soit la symptomatologie de la névrose, c'est la perte de connaissance qui la caractérise au premier chef. Le vertige comitial ne fait point exception ; la perte de connaissance s'observe dès les premières crises ; au cours de chacune d'elles, la phase vertigineuse proprement dite est très courte et fait rapidement place à l'inconscience absolue. »

En somme, pour M. Grasset, le critérium du vertige épileptique serait : la suppression absolue de la *conscience* et du *souvenir*.

Mais alors, pour cet auteur, le vertige type, avec conservation de la conscience, que l'on peut observer chez certains épileptiques ne serait donc pas du vertige comitial ?

Nous nous rattachons à l'opinion de Delasiauve (*Ann. méd. psych.*, 1873) : « l'aspect changeant des crises n'empêche pas l'unité morbide » et nous prétendons que ce syndrome apparaissant chez un épileptique et que l'on ne peut relier à aucune étiologie autre que la souche névropathique appartient au mal comitial, est une manifestation du mal comitial.

En résumé, il n'y a pas dans l'épilepsie que du vertige *obscur* (et nous soulignons à dessein ce mot pour bien montrer le sens spécial que nous y attachons).

Donc : vertige *conscient*, vertige *obscur*, voilà ce que nous allons trouver comme manifestations comitiales, ce qui prouve que la *formule du vertige épileptique est essentiellement variable* ; cependant, à son égard, aucune incertitude ne doit subsister, semble-t-il,

en ce qui concerne la filiation du syndrome en question.

Cette conscience qui peut persister pendant toute la durée du vertige épileptique mérite plus qu'une brève mention. De fait c'est, pour ainsi dire, la seule manifestation consciente de la névropathie comitiale. Nous ne parlons pas, naturellement, de l'attaque type du grand mal. Ce qui caractérise sans conteste, cette attaque, c'est, en quelque sorte la sidération du « moi ». Dans l'attaque classique, qu'il y ait eu ou non aura le malade « pousse un cri, perd connaissance et tombe comme foudroyé ». (Dieulafoy, tome II, p. 223, 7^e édit.)... l'attaque terminée, le malade *étonné* et *inconscient* de ce qui s'est passé revient à lui graduellement, conservant quelque temps encore de la confusion des idées, une profonde lassitude, des douleurs de tête et parfois une aphasie transitoire et une hémiplegie passagère ». (*Ibid.*, p. 224.) Ici donc rien qui ressemble au vertige conscient.

« Parfois », cependant, dit M. Sallard (*Manuel de médecine*, t. IV), « les convulsions se cantonnent soit à la face, soit à l'un des membres. *Il est alors fréquent que la perte de connaissance manque.* Ces cas ressortissent presque constamment à l'épilepsie *symptomatique* ».

Il est évident que ces cas forment une classe absolument à part. Ce n'est plus de l'épilepsie-névrose, mais bien de l'épilepsie jacksonnienne et celle-ci, si l'on s'en tient à la définition classique de M. Souques (*Manuel de médecine*), est constituée par des convulsions pa-

roxystiques lesquelles débudent en pleine connaissance, atteignent un groupe musculaire limité et restent *habituellement conscientes*. Cette persistance du « moi » avait déjà été bien mise en lumière par Bravais, lorsque dans sa thèse de 1827 (recherches sur les symptômes et le traitement de l'épilepsie hémiplegique) il décrivait de main de maître, la séméiologie de la maladie qui, à juste titre, porte son nom. *Rien* n'autorise à décrire sous le même titre ces deux maladies dissimilaires : épilepsie symptomatique, épilepsie franche ; elles ont chacune une physionomie propre, et s'il est vrai que, dans certains cas extrêmes de maladie jacksonnienne, la conscience se perd complètement, cette disparition de la pensée se fait plus tardivement que dans l'épilepsie franche ; elle survient après un stade parfaitement conscient, au moment « où les yeux se convulsent et où la tête s'incline » (Souques). Au contraire, dans l'épilepsie *névrose*, la disparition de la connaissance survient *aussitôt* la chute et le cri initial. Donc, le sentiment, dans l'épilepsie jacksonnienne existe *toujours* à l'origine de l'attaque convulsive. Cette conservation de la connaissance peut présenter divers degrés : tantôt elle persiste, absolue, d'un bout à l'autre de l'accès ; tantôt elle ne tarde pas à s'obnubiler plus ou moins ; (le malade perçoit alors plus ou moins nettement ce qui se passe autour de lui), tantôt enfin elle s'atténue de plus en plus et finit par disparaître, ce qui correspond au degré extrême que nous signalions plus haut.

D'ailleurs, tout comme l'épilepsie franche, on peut

voir survenir, dans l'épilepsie partielle, des formes modifiées, et ce qui juge ici encore, ces formes atténuées, c'est leur interposition entre deux ou plusieurs crises classiques. Parmi ces formes dégradées, nous tenons à signaler le vertige étudié par MM. Pitres et Lœwenfeld. Nous empruntons à la *Revue de médecine* de 1888 une observation intéressante d'épilepsie *partielle* avec vertiges.

Si maintenant l'on songe que, dans l'épilepsie Jacksonnienne, il y a, comme dans l'épilepsie franche, des prodromes à longue portée, une aura, des convulsions avec phase tonique, clonique et résolutive, parfois une morsure de la langue, de l'incontinence d'urine, etc., on comprendra que M. Féré ait pu penser que « la distinction entre l'épilepsie idiopathique et l'épilepsie symptomatique soit le plus souvent arbitraire ». Pure question de doctrine. Pourtant, il nous semble que l'étiologie, la séméiologie, le traitement différencient suffisamment la maladie Bravais Jacksonnienne du mal Saint-Jacques. Dans notre thèse, nous ne voulons donc discuter que sur le vertige survenant dans le mal comitial, c'est-à-dire dans cette névrose qui a pour elle la *perte de connaissance originelle, la perte du souvenir consécutive à la crise*, la généralisation immédiate des convulsions. Nous éliminons d'emblée les sujets atteints d'épilepsie partielle bien que parfois, dans cette affection, on puisse voir les convulsions se généraliser et la conscience s'abolir ; mais ce sont là, nous insistons là-dessus, des phénomènes consécutifs, des phénomènes secondaires.

Revenons donc maintenant à l'épilepsie névrose. Nous avons vu que la perte de connaissance et de souvenir caractérisait le grand mal. Déjà nous avons montré la différence absolue qui sépare le vertige conscient de cette manifestation paroxystique.

Mais, à côté du grand mal, il y a des paroxysmes incomplets, au nombre desquels d'ailleurs se range le vertige. Eh bien ! de *toutes* ces manifestations, il n'y a que le vertige dans lequel la pensée persiste et le souvenir dure.

L'absences, c'est-à-dire cette pause de la conscience au milieu d'une occupation quelconque, conversation ou travail, cet arrêt brusque de la pensée présente bien, au contraire, les caractères fondamentaux du mal comitial. Sa durée n'est qu'éphémère, comme celle du vertige d'ailleurs, et pourtant il s'accompagne de la perte du souvenir en ce qui concerne l'événement qui vient de survenir. Il n'y a même pas, à cet égard, un point d'interrogation dans la vie psychique de l'individu. Celui-ci ne se rappelle *nullement* ce qui vient d'avoir lieu.

Même remarque pour la crise soporeuse, pour l'ictus apoplectiforme, enfin pour cette variété, plus curieuse encore, désignée sous le nom d'épilepsie procursive et caractérisée par une course *inconsciente* et folle.

Il n'est pas jusqu'aux paroxysmes psychiques qui ne montrent leur parenté, mieux encore leur origine nettement comitiale ; qu'il s'agisse de l'automatisme ambulatoire ou d'actes impulsifs, il y a perte absolue du souvenir, il y a un trou dans le « moi » normal de

l'individu ; en quelque sorte il y a dédoublement de ce moi. On trouvera des exemples d'impulsions chez les épileptiques dans le travail de M. Legrand du Saulle. Nous en extrayons celui de cet homme, pourvu d'une fortune assez considérable, qui, tous les mois, pendant vingt minutes environ, sollicitait la pitié des passants et leur demandait l'aumône. Ici encore, inconscience absolue de ce qui vient de se passer, alors que le malade revient à lui-même ; en un mot, impulsion aveugle.

L'automatisme ambulatoire n'échappe pas non plus à la règle commune. Le malade fait une fugue absolument *inconsciente* ; il part de chez lui, voyage à l'aventure, accomplit des actes qui paraissent ceux d'un individu doué de raison et, quelquefois une semaine, un mois après le début de la crise, se retrouve dans une ville inconnue et ignore comment il y est arrivé et ce qu'il a fait pendant son accès, ayant ainsi dédoublé son moi pendant un temps plus ou moins long.

Donc, dans tous les cas que nous avons passé en revue, sauf dans certaines formes de vertige épileptique, il y a *amnésie*. Cette considération était importante, croyons-nous, à signaler.

CHAPITRE II

Sous quelle forme va se montrer le vertige épileptique ? On peut rencontrer le vertige *à tous ses degrés*, avons-nous dit, depuis le plus léger jusqu'au plus grave, celui qui s'accompagne de perte de connaissance et du souvenir.

Cette proposition peut se présenter d'une autre façon : il y a dans l'épilepsie :

- 1° Du vertige simple ;
- 2° Du vertige-aura.

Du premier, nous dirons peu de chose. Il survient à l'improviste, sans cause occasionnelle, sans prodromes aucuns. Son intensité peut être très grande, puisque dans une observation que nous donnerons, il va jusqu'au vomissement, ce qui est, avec la chute, l'aboutissant des vertiges extrêmes dont le meilleur type est encore le sea sickness, le mal de mer. Nous attirons d'autre part l'attention sur ce fait du vomissement ; on sait que ce symptôme peut se présenter dans l'épilepsie, ainsi

qu'en témoigne l'observation relatée par M. le professeur Dieulafoy, dans sa leçon inaugurable.

Ce vertige léger, ce qui le juge, ce qui en fait une manifestation comitiale, c'est justement son alternance avec d'autres manifestations de la névrose. Il n'en a pas fallu plus pour que certains auteurs aient rattaché au mal comitial quelques processus tels que l'angine de poitrine, l'asthme, la migraine, etc. Non pas qu'on ait voulu dire que ces affections étaient toujours et quand même de nature épileptique, non pas; cette origine névropathique n'aurait pu être invoquée que dans le cas où il y aurait eu alternance entre les attaques d'épilepsie et les manifestations précitées. Cette opinion, en ce qui concerne celles-ci, est tout au moins fortement discutée. Nous pensons que le même reproche ne peut être fait au vertige *conscient*.

De fait, on observe dans l'épilepsie d'autres formes de vertige. Tout à l'heure, le vertige représentait une attaque atténuée. Jones en cite un exemple que nous empruntons à la thèse de M. Weill. Il s'agissait d'un homme « chez lequel le vertige durait trois ou quatre jours, à l'état pur, en quelque sorte, dans la première période de son épilepsie. Ce vertige s'accompagnait d'élévation de température au niveau de la tête ».

Une autre raison nous porte également à admettre l'origine épileptique de ce vertige conscient, et c'est le traitement qui nous la fournit. Dans trois observations personnelles que nous relatons, l'épilepsie a été traitée par le bromure. Dans toutes, le vertige s'est atténué et

parfois a même disparu ; mieux encore, dans l'une, le vertige qui avait été guéri par le bromure est reparu à la suite d'une interruption pour s'atténuer à nouveau, à la suite d'une nouvelle cure bromurée.

Ces faits, il faut bien le dire, sont en contradiction avec certaines observations recueillies dans la thèse d'agrégation de M. Weill (*loc. cit.*). D'après une communication orale du professeur Charcot, il arrive parfois que lorsqu'on traite des épileptiques par le bromure de potassium, des crises surviennent alors que l'attaque proprement dite est enrayée.

Osmerod (Brain, 83), Thèse de Weill, relate l'observation d'un homme atteint d'épilepsie depuis un an et chez lequel les accès avaient été améliorés par l'arsenic et le bromure de K. Cet homme prit, à ce moment, des *vertiges*, accompagnés de *nausées*, *vomissements*, vertiges tellement intenses que le malade était obligé de s'asseoir pour ne pas tomber. Il y avait en même temps de la *diarrhée*.

Cela infirme-t-il la valeur de l'opinion que nous défendons ? Nous ne le croyons pas, car le bromure nous semble responsable, seul, des accidents relatés. Très vraisemblablement, il ne s'agit pas de vertige épileptique, mais d'ivresse bromique. Cette ivresse survient avec des doses de 5 à 10 grammes ou avec des doses moyennes longtemps continuées, et l'on sait que ce cas peut se produire chez les épileptiques traités, puisqu'il convient d'administrer le bromure pendant fort longtemps, des mois, des années même, de telle

sorte que le bromure devient, suivant la phrase d'Aug. Voisin, un *aliment* pour l'épileptique.

Eh bien ! à ces doses, outre une sorte de langueur intellectuelle (Manquat, *Traité de thérapeut.*, tome II, page 665) caractérisée par de la lassitude, de l'apathie, la difficulté d'associer les mots et les idées, de l'obtusion de l'intelligence, on observe des *étourdissements*, des *vertiges*, de la *titubation*, enfin de la *diarrhée*. Cela reproduit donc le tableau de l'observation d'Osmerod, au moins en ce qui concerne ces derniers mots. Cela semble également s'appliquer au termes de l'observation de M. Weill. Ce n'est donc pas de vertige épileptique qu'il s'agit, mais d'ivresse bromique, si bien que le fait de la disparition ou tout au moins de l'atténuation du vertige comitial conscient par le bromure conserve toute sa valeur. La réapparition après une interruption de traitement chez la malade de l'observation IV est également fort importante. De fait, M. Manquat dit (*loc. cit.* 67) : « Quelquefois même ceux-ci (les accès d'épilepsie) disparaissent pour reparaitre, si l'on cesse l'usage du médicament. »

A côté de ce vertige conscient, il y a une autre forme de vertige, plus intimement, cette fois, rattachée à l'épilepsie et dont on ne peut nier la parenté avec la névrose comitiale. Parfois ces deux formes alternent, coexistent chez le même sujet. C'est ce que M. Weill appelle : vertige-aura.

Ici, le vertige devance immédiatement une attaque épileptique franche ou un paroxysme incomplet, un petit mal ; d'autres fois il aboutit à des phénomènes

assez voisins de la grande attaque, mais en différant par quelques symptômes accessoires (observat. I). En tout cas, chez les deux malades présentant du vertige aura, nous avons pu constater que cette aura était toujours identique chez le même individu et que jamais elle ne cédait la place à une autre manifestation annonçant l'attaque; le cliché pris est définitif; les épreuves tirées ultérieurement seront toujours identiques. Ce fait a d'ailleurs été signalé pour les autres variétés d'auras.

En tout cas, ce vertige-aura est un phénomène conscient et qui se classe dans le cerveau du malade. C'est seulement dans le cours de ce vertige que, la sensation d'instabilité augmentant, on voit survenir la chute. Dès ce moment, le malade n'a plus conscience de rien, il se réveillera hébété, inconscient, ne se souvenant que d'une chose, du vertige-aura initial.

Ce vertige aura nous a paru, comme à M. Weill, plus fréquent dans le grand mal que dans le petit mal. Dans aucune de nos quatre observations on ne le voit s'associer aux accès d'épilepsie larvée. Cette plus grande fréquence des manifestations vertigineuses dans le grand mal avait d'ailleurs été déjà mise en lumière par Gowers. (On auditory vertigo, in *Brit. med. Journ.*, 1876. — Diagnosis and treatment of auditory nerve vertigo in *Brit. med. Journ.*, 1877.)

Il se traduit « autant qu'on peut en juger d'après l'interrogatoire des malades, soit par une sensation d'oscillation ou de déplacement subjectif, (Russel Reynolds, *Epilepsy*, 1861) soit par une sensation de rota-

tion, de tournoiement des objets environnants ou du corps lui-même. (Jones. On fonctionnal nervous disorders, 1870). » (Weill, *loc. cit.*) A cette description, il faut ajouter : la perte de souvenir finale.

CHAPITRE IV

Reste la question de la fréquence. Tout d'abord il convient de noter que le vertige doit être une manifestation relativement fréquente de l'épilepsie, car lorsqu'on le recherche systématiquement on le trouve dans environ un cas sur quatre. Parfois, cela se comprend, le vertige est tellement léger que le malade n'attire même pas l'attention du médecin sur ce point.

Pour ce qui est du début des crises, voici ce que nous avons pu recueillir dans les auteurs : d'après Herpin, (*Traité des accès incomplets*) le vertige est souvent un symptôme avant coureur. « Dans la moitié des cas, dit-il, le mal commence non par des attaques, mais par des accidents légers tels que crampes dans les membres, convulsions partielles, spasmes viscéraux, ou encore, par une sensation de froid, de frôlement, *d'étourdissement* et surtout par une contracture douloureuse de la partie supérieure et latérale de la tête. » Nous faisons remarquer que nous citons ce passage bien qu'il

donne au mot vertige une acception trop étendue et nous le citons parce qu'il s'y trouve le mot étourdissement, synonyme de vertige tel que nous le comprenons.

De même M. Voisin (*Traité de médecine et de chirurgie pratique*) dit que la première attaque est souvent précédée de signes variés. C'est ainsi qu'après une peur les enfants sont pris d'un tremblement généralisé qui persiste durant quelques heures ; ils éprouvent des secousses partielles ou généralisées ; des tics, des *étourdissements*, des bourdonnements d'oreilles.

Enfin, dernière remarque, Millet (*Annales méd. psycho.* 84) a noté que les excès alcooliques favorisaient la production des attaques vertigineuses. Cela n'a rien qui doive nous étonner ; on sait que l'alcoolisme, Legrand du Saulle l'avait déjà montré, est un puissant créateur de névropathies et en particulier d'épilepsie ; il faut cependant une cause prédisposante car l'alcool ne peut être qu'une cause occasionnelle.

Sur quoi maintenant allons-nous nous baser pour faire le diagnostic de vertige épileptique ?

1^o Le mieux, en pareille occurrence, est de procéder par élimination. Actuellement, l'étiologie du vertige, ses causes occasionnelles, sont bien déterminées. Cette énumération fort longue, n'entre pas dans le cadre de notre thèse : nous ne saurions mieux faire que de renvoyer à l'article très bien documenté du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (art. vertige, Leroux).

Si donc le vertige survenant chez un épileptique ne

peut être rattaché à aucune des causes énumérées, il est logique d'admettre qu'il s'agit d'une manifestation épileptique, de vertige comitial ;

2° D'ailleurs, ce qui juge ce vertige, c'est suivant la remarque de Trousseau « la simultanéité, la concomitance, l'alternance dans la production des divers phénomènes morbides » ;

3° Il y a également un symptôme que nous avons rencontré, qui nous paraît avoir une certaine importance et sur lequel on n'a pas encore, croyons-nous, attiré l'attention. On observe, consécutivement aux attaques de vertige comitial des *phénomènes d'épuisement*, analogues quoique de bien moindre intensité à ceux que M. Féré a décrit dans la grande attaque. Ils existent, atténués, non seulement dans le vertige-aura (où l'on pourrait les rattacher à la crise épileptique franche qui le suit) mais encore dans le vertige comitial conscient. Ils se traduisent par un peu de lassitude, par une légère torpeur intellectuelle, par une certaine difficulté de l'élocution ;

4° Dans les cas où le vertige semblerait être la seule manifestation apparente de la névrose, il conviendrait de rechercher si l'individu est de souche névropathique, s'il y a des tares psychiques ou mentales, si surtout le vertige s'accompagne de perte de connaissance et du souvenir, enfin si l'attaque convulsive qui n'éclate pas toujours au grand jour, ne survient pas la nuit et ne reste pas sans témoins.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Personnelle).

Service de M. le professeur Dieulafoy.

C'est un malade âgé de 40 ans, nommé Lé..., exerçant la profession de journalier, qui entre salle Saint-Christophe, lit n° 6, le 4 décembre 1899, pour des *vertiges*.

Ces vertiges surviennent tous les deux ou trois jours et se produisent depuis cinq ans environ. Etudions dans le détail chacune de ces crises. C'est tout d'abord un brouillard léger, puis les objets semblent se mouvoir en ligne horizontale. Des flammes s'élancent, mais les objets environnants conservent leur teinte normale. En même temps on note des troubles auditifs, des bourdonnements d'oreilles qui augmentent rapidement d'intensité, prennent le timbre de bruits de vapeur, de sifflements. Tout cela se passe en moins de temps qu'il n'en faut pour le décrire et la scène se déroule en deux ou trois secondes.

Puis, c'est une sensation d'instabilité totale par rapport

aux objets environnants ; il semble au malade que le sol se dérobe sous ses pieds, qu'il oscille comme le pont d'un navire et le sujet n'échappe pas à cette sensation pénible en fermant les yeux ; en pareille occurrence, il lui semble même que la tête lui tourne plus fort.

Notons également que le vertige ne disparaît pas si le malade adopte la position assise ou couchée. Les symptômes peuvent même débiter dans le décubitus horizontal ; le lit est alors animé d'oscillations de roulis et de tangage, il pivote autour d'un axe imaginaire.

En même temps survient une sensation d'angoisse instinctive qui s'accroît rapidement.

Pas de sueurs froides.

Dans nombre de cas, *tout se borne au tableau symptomatique précédent* ; le vertige dure quelque quinze ou vingt minutes ; il y a des nausées, mais sans vomissements que le malade cherche d'ailleurs à provoquer dans le but de faire cesser la sensation nauséuse.

Le tableau symptomatique de ces crises de vertige *conscient* ne s'arrête pas là. On observe consécutivement un fait important qui peut, dans *l'espèce*, être identifié avec ce que M. Féré a décrit sous le nom de phénomènes d'épuisement consécutifs aux paroxysmes épileptiques. Notre malade ne revient pas en effet immédiatement à la santé ; « il se trouve drôle », dit-il, il manque de forces, il est obligé de rester assis, il a une sorte d'amoindrissement de la facilité d'élocution que, en temps normal, ainsi que nous avons pu en juger par nous-même, il possède à un degré assez marqué. Tout cela disparaît au bout de dix à quinze minutes à peu près.

D'autres fois, et le fait se produit toutes les cinq ou six

semaines, la *défaillance s'accroît* : il y a *perte de connaissance, éclipse totale de la conscience et chute*. Le malade tombe comme une masse, sans qu'un mouvement instinctif amortisse sa chute, et il en porte des traces nombreuses : c'est une balafre profonde qui sillonne verticalement son front, balafre consécutive à une chute de 7 mètres ; ce sont à trois reprises différentes des fractures de côte dont l'une toute récente : ce sont des ecchymoses de la fesse, sans parler d'autres exsudats sanguins qui n'ont laissé, comme témoins, qu'une extravasation peu durable

Cette perte de connaissance dure dix minutes à un quart d'heure ; le visage est pâle ; les dents sont serrées, à tel point que les camarades du malade sont obligés d'écarter de force, avec un couteau, les arcades dentaires, afin de faire pénétrer un peu de liquide dans la bouche. Le corps reste immobile.

Pas de morsure de la langue

Pas d'écume.

En même temps, miction involontaire.

Le malade se réveille avec des nausées, une obnubilation de la pensée, un « abrutissement », dit-il, qui dure toute la journée.

Enfin, les vomissements surviennent.

De prime abord, et sans discuter longuement, disons que ce n'est pas de la syncope, que ce n'est pas de l'apoplexie ; en somme, il s'agit de vertiges et de vertiges avec quelque chose de plus. C'est ce quelque chose de plus qui nous permettra probablement de trouver l'origine de l'affection.

On devait tout d'abord penser à une lésion auriculaire. M. Bonnier, qui a bien voulu examiner le malade, nous a donné les renseignements suivants :

Pas de bouchon cérumineux.

Le tympan est normal, ou peu s'en faut ; il est bien un peu plus rétracté que d'ordinaire, mais cette rétraction n'est pas capable de refouler la chaîne des osselets et, par son intermédiaire, de comprimer le liquide labyrinthique.

Pas de troubles du côté de la trompe d'Eustache. Rien du côté du pharynx. Rien également du côté de l'oreille interne ; l'audition est normale et le diapason appuyé sur le crâne se fait entendre aussi parfaitement à droite qu'à gauche.

Donc, pas de vertige *ab aure basa*, pas de vertige de Ménière.

On explore l'appareil de la vision ; pas de diplopie, pas de nystagmus.

Il n'y a pas lieu également de retenir le vertige gastrique, non plus que le vertige chlorotique.

Tumeur du cervelet ? Non, car pas de céphalée occipitale permanente, de vomissements répétés.

L'artério sclérose n'a pas lieu d'être mise en cause ; la radiale est souple, la temporale n'est ni sinueuse, ni saillante.

Pas d'insuffisance aortique.

Continuons notre examen. Il n'y a pas d'éthylisme ; on n'en trouve pas les fâcheux témoins.

Songerons-nous au vertige par intoxication saturnine ? Notre malade a bien été, dit-il, plombier ; mais, en réalité, il continuait là son métier de manoeuvre et n'a pas eu occasion de manier le plomb, de faire des soudures, de peindre au minium ou à la céruse. Il n'a pas eu de coliques de plomb ; pas de liseré gingival.

Pas de tabagisme chronique.

Pas de sclérose en plaques avec son nystagmus, son exagération des réflexes, son tremblement spécial.

Il y a quelques signes de brightisme : le malade se relève trois ou quatre fois par nuit pour uriner ; les mictions sont abondantes ; les urines sont claires, limpides, sans albumine. Quelquefois des crampes dans les mains, des secousses électriques, un peu d'œdème des membres inférieurs ; mais pas de doigt mort, de démangeaisons, d'épistaxis, de bruits de galop.

Voyons le tabès. Il y a la sensation de marche sur un sol détrempé, sur de la mousse, Le signe de Romberg existe dans toute sa perfection, car du moment où l'on a enjoint au malade de réunir les talons et de fermer les yeux, il tombe en arrière, tout d'une masse. Mais notre sujet ne perd pas ses jambes dans son lit, il n'y a pas de signe de Westphal, de signe d'Argyll-Robertson, pas de démarche ataxique.

En somme, nous pouvons éliminer encore, rétrécissant ainsi le champ des hypothèses : le brightisme et le tabès.

Dans ces maladies, on peut rencontrer du vertige, c'est vrai ; mais ici le vertige s'est accompagné de quelque chose de plus, avons-nous dit, de pertes de connaissance, de mictions involontaires, de contracture des arcades dentaires, de pâleur de la face, et tout cela ressemble assez exactement à de l'épilepsie larvée dont l'aura serait représenté par le vertige initial, tandis que la perte de connaissance résumerait les phases tonique, clonique et stertoreuse, le tableau se complétant en outre par l'obnubilation consécutive.

A côté de ce vertige-aura, il convient de retenir la description d'attaques vertigineuses alternant avec les crises épileptiques franches précitées, crises terminées par une obnubi-

lation légère tout comme la grande attaque. Ces crises ne pouvant être rattachées à aucune autre cause connue de vertige, nous pensons qu'il faut admettre qu'elles sont de nature comitiale et qu'il s'agit de vertige épileptique *conscient*.

Pour confirmer notre diagnostic, nous trouvons des antécédents héréditaires : une sœur est morte de convulsions ; le père était atteint de mal comitial léger ; quant à la grand' mère, elle était atteinte d'épilepsie franche. Ajoutons que le malade a uriné au lit très tard, jusqu'à 16 ou 18 ans, et qu'il lui arrive fréquemment de tomber du lit et de se réveiller sur le plancher.

On a, chez ce malade, institué le traitement classique de l'épilepsie par le bromure. Sous l'influence de ce médicament les crises épileptiques franches n'ont pas reparu. Quant aux vertiges, ils se sont espacés et atténués notablement.

Le malade est sorti de l'hôpital, mais nous avons eu l'occasion de le suivre jusqu'en avril 1900. Les vertiges avec chute s'étaient reproduits une fois ; les autres vertiges ne se montraient plus que tous les mois environ.

OBSERVATION II (Personnelle)

Service de M. le Professeur Dieulafoy. — Hôtel-Dieu,
lit n° 1 *bis*. — 7 décembre 1899.

C'est un malade nommé Cah... Émile, âgé de 17 ans, exerçant la profession de journalier, qui entre à l'hôpital pour deux choses :

1^o Une lésion cutanée sur laquelle nous n'insisterons pas (vitiligo);

2^o Des attaques convulsives.

Celles-ci s'annoncent à plus ou moins longue échéance par un certain nombre de sensations anormales qui les précèdent à 20 ou 24 heures de distance; ces sensations, d'ailleurs, hâtons-nous de le dire, ne sont rien moins que constantes : c'est un tremblement léger, localisé au niveau des membres supérieurs; c'est une maladresse inaccoutumée, l'enfant échappe les objets qu'il tient dans ses mains et les laisse tomber; c'est un peu d'embarras de la parole.

La crise va débiter sans que rien de bien particulier en ait annoncé l'approche imminente; puis le malade tourne deux ou trois fois sur lui-même et tombe brusquement, comme une masse. La conscience est totalement abolie et le souvenir absent, si bien qu'il est impossible de savoir tous les points particuliers qui pourraient nous intéresser. Ce que rapporte le malade, ce qu'on lui a dit, constitue peu de chose : il tombe brusquement, se débat; les dents serrées pincement l'extrémité de la langue et la déchirent dans des mouvements de déduction; l'air expiré, passant entre les lèvres, refoule une bave sanguinolente et spumeuse, les membres sont le siège de convulsions variées.

Une nouvelle phase apparaît; les mouvements cessent et, à leur place, s'installe une période de torpeur profonde avec résolution complète, insensibilité à tel point que le malade n'arrive pas à se réveiller sous l'influence des excitations extérieures. Cette scène, de beaucoup la plus longue, termine l'accès. Le malade se réveille ne se souvenant absolument de

rien; il y a un trou dans sa conscience. Dans la première heure qui suit l'accès il reste brisé et somnolent.

Ces accès durent au total une demi-heure environ. Ils se produisent sans régularité aucune; parfois ils surviennent tous les cinq à six jours; dans d'autres circonstances on peut voir un espace de deux mois entre deux grandes crises consécutives. Il est impossible de savoir si les attaques surviennent de préférence la nuit ou le jour; de fait, la nuit, l'attaque est sans témoins et l'on comprend qu'elle puisse rester méconnue; seul, le lit souillé d'urine pourrait, à la rigueur, trahir l'existence de la crise. Ajoutons que la miction involontaire ne semble pas faire partie intégrante du tableau clinique habituel, car elle ne s'est produite qu'une seule fois.

Les détails donnés étaient si précis, si typiques que, en présence de ces symptômes, il n'y avait pas de doute possible. Il s'agit d'épilepsie pure. D'ailleurs, nous devons ajouter que, le lendemain même de notre examen, le malade prit soin d'éclairer notre religion; nous venions à peine de finir la lecture de notre observation que, sans cri initial, il entraînait dans une crise typique d'épilepsie avec ses trois phases classiques : tonique, clonique et stertoreuse. Durée totale, 4 minutes.

Mais, et c'est là ce qu'il y a d'intéressant chez notre malade, à côté de cette grande attaque banale se produisent toute une série d'accidents : absences et vertiges.

Des premiers, le sujet ne garde *aucun souvenir*, il ignore leur existence même, personne n'ayant jamais attiré son attention sur ce sujet. Pendant notre interrogatoire nous avons été assez heureux pour assister à l'un de ces accès. *Cah...* causait assis sur son lit, lorsque, tout à coup, il s'arrêta au milieu de sa phrase; le regard était fixe; nous le

vîmes pâlir, tandis que sur sa figure apparaissait un léger rictus et que se produisaient quelques mouvements de la mâchoire. La scène entière se déroula en quelques secondes, deux ou trois, pas plus. Puis tout rentra dans l'ordre et le malade reprit son entretien au point où il l'avait laissé, ne conservant aucun souvenir de l'incident, puisque, à ma demande : « Pourquoi vous êtes-vous arrêté dans votre phrase ? », il me répondit, étonné : « Moi, mais je ne me suis nullement interrompu »

Plus intéressants à signaler sont des vertiges, vertiges qui reviennent tous les deux ou trois jours, quelquefois plus fréquents, quelquefois plus éloignés les uns des autres. Ils surviennent brusquement sans prodromes aucuns ; subitement le malade a la sensation que les objets extérieurs se déplacent et fuient d'arrière en avant. Il a, dit-il, la même impression que lorsqu'il se trouve en chemin de fer, alors que le paysage se déroule rapidement sous ses yeux, tandis que lui-même et le train paraissent immobiles. En même temps le sol oscille sous ses pieds dans un mouvement de bascule. A ces phénomènes se joint une sensation indéfinissable de gêne. Pas de nausées. Ajoutons que le vertige ne disparaît pas si le malade ferme les yeux.

La scène dure, en moyenne, au dire du malade, cinq minutes environ.

Pas de vomissements.

Pas de chute.

Surtout *pas de perte de conscience, pas de suppression de la mémoire.*

Consécutivement : *lourdeur de tête.*

Pour l'absence, la discussion ne saurait être longue :

s'agit d'une manifestation épileptique. Mais le vertige *conscient*, intercalé entre les attaques d'épilepsie pure est-il sous la dépendance de la névrose ? A ce sujet, nous avons procédé par élimination, comme dans l'observation I. Nous avons passé en revue toutes les causes de vertige et nous n'en avons trouvé aucune à laquelle nous puissions rattacher ce symptôme.

En raison de l'alternance des absences, des crises paroxysmiques, des vertiges, en raison aussi des phénomènes d'épuisement consécutif (lourdeur de tête), nous pensons qu'il s'agit de vertige de nature épileptique.

Le début des accidents remonte à l'âge de 16 ans ; mais il est intéressant de noter qu'auparavant le malade urinait, la nuit, dans son lit.

L'hérédité, ici est assez peu nette. L'éthylisme se retrouve à un degré accentué chez le père du malade, mais on ne trouve pas, chez les parents, l'épilepsie ou tout autre maladie nerveuse. Il y a un frère qui est absolument indemne. Peut-être y aurait-il un peu d'hérédité croisée, car un cousin du malade est atteint de mal comitial. Nous n'avons pu remonter jusqu'aux grands-parents pour trouver la filiation, la liaison qui existe entre la névrose du cousin et celle de notre malade.

Notons encore des symptômes de dégénérescence : infantilisme, ogive palatine, lobule de l'oreille mal formé. C'est en outre un individu de figure maigre, pâlotte, un peu asymétrique ; c'est également un dégénéré héréditaire, un débile dont l'intelligence est assez médiocre ; c'est un déséquilibré, émotif à l'excès.

Le traitement classique est institué, mais le malade quitte

l'hôpital trop tôt pour que l'on ait pu constater les résultats du bromure.

OBSERVATION III (Personnelle).

Chev... Louis, soldat, 21 ans 1/2 (1904).

Nous avons eu l'occasion d'observer ce malade pendant que nous accomplissions une période au régiment. La visite venait de terminer lorsqu'on vint nous chercher pour un soldat qui, au moment de se mettre à table, avait perdu connaissance et était tombé sans pousser un seul cri.

Lorsque nous arrivons, le malade est étendu sur le plancher sans que ses camarades aient songé à le relever ; le visage est pâle, recouvert de gouttelettes de sueur, les yeux sont fermés, la respiration est lente, profonde, mais non pas stertoreuse.

Pas d'écume sanglante autour de la bouche, dont les lèvres blafardes sont serrées l'une contre l'autre.

La main droite est fermée, le pouce en pronation cache sous les autres doigts fléchis. Dans la main gauche, au contraire, le pouce est étendu, *pollice verso*, ce qui tient à ce que, au début de la crise, un camarade a essayé de relever notre malade en le saisissant par la main gauche. Le pouce est resté dans sa nouvelle position.

Il n'y a pas de miction involontaire.

Les renseignements qui nous sont donnés se réduisent à ceci : Chev.... est tombé en arrière, sans pousser un seul cri, et tout d'une pièce, si bien que sa tête est allé heurter le plan-

cher. La face est cyanosée. Puis, après une courte période d'immobilité apparaissent des convulsions qui s'emparent de tous les muscles du corps. La face grimace pendant que le malade se débat et que la respiration est saccadée ; mais la langue n'est pas projetée hors de la bouche et ne vient pas se faire déchirer entre les arcades dentaires contracturées.

Cette phase dure à peine deux minutes et c'est, consécutivement, que s'installe la période pendant laquelle nous arrivons.

Pendant qu'on nous donnait ces renseignements nous faisons coucher le malade sur son lit. Il se réveille alors, et regarde autour de lui d'un air hébété. C'est à peine s'il peut répondre à nos questions ; il est courbaturé, extrêmement las, sa langue s'embarrasse, il présente un peu de surdité et sa vue est trouble. *Il ne se souvient de rien* ; sa conscience a été totalement abolie du moment où il est tombé.

Il s'agit évidemment d'épilepsie ; ce n'est pas, si l'on veut, la grande attaque type puisqu'elle en diffère par l'absence de mictions involontaires, de cri initial, de morsure de la langue ; malgré tout c'est bien du mal comitial.

Le malade part le même jour pour l'hôpital militaire où nous n'avons pas eu l'occasion de le suivre.

Un mois après il revient ; pendant son séjour à l'hôpital, il n'a pas eu de crises.

Nous l'interrogeons sur son passé et nous apprenons qu'il présente une autre manifestation : qu'après avoir procédé par élimination nous pensons devoir rattacher à l'épilepsie.

Il nous dit qu'à de certains moments, tous les sept ou huit jours, il a un accès de vertige ; il sent la terre osciller sous ses pieds tandis qu'un mouvement giratoire rapide s'em-

pare des objets extérieurs. Ce phénomène dure quelque 10 à 15 secondes environ, mais jamais il n'y a de chute. « Quand je tombe, dit notre malade, je ne le sens pas », ce qui veut dire que cette chute constitue le préliminaire de l'attaque franche d'épilepsie précédemment décrite.

Fait intéressant à noter, au début de ces crises vertigineuses Chev.... *sente* que sa tête tourne de gauche à droite. Ce fait est à rapprocher de la rotation *inconsciente* de la tête que l'on observe dans l'absence, rotation signalée par M. Vibert (*Précis de médecine légale*, page 699). Mais ici, en ce qui nous concerne, la conscience est complètement conservée. Une légère sensation de fatigue suit ces accès de vertige.

Jamais de vertige-aura

Ajoutons que le malade nous a paru être un dégénéré chez lequel les conceptions sont assez lentes.

Rien dans l'hérédité qui puisse expliquer le mal. Le père et la mère de Chev.... sont bien portants, ainsi que ses frères et sœurs ; pas d'épilepsie chez les ascendants.

Pendant toute la durée du traitement bromuré institué à l'hôpital, il n'y a eu ni accès d'épilepsie franche, ni crises vertigineuses.

OBSERVATION IV (Personnelle).

Hospice civil de Remiremont (Vosges). 1896.

Berthe D..., 22 ans. Vient pour des crises d'épilepsie survenant de préférence la nuit. Ces crises nocturnes resteraient absolument méconnues si la malade n'avait appris à recon-

naître leur existence à certains signes existant au réveil : mal de tête intense, taches sanguinolentes sur l'oreiller, douleurs au niveau de la langue qui est légèrement gonflée et sur laquelle on retrouve des traces de morsure, mictions involontaires. Le teint est pâle, presque grisâtre. On observe également un peu d'apathie morale.

Par contre, nous n'avons jamais rencontré chez cette malade de taches purpuriques de la face signalées par Boerhave (*Commentaria in Herm Boerhave aphorismos. Parisiis*, 1769) et par Trousseau.

Ces attaques nocturnes surviennent tous les quinze ou vingt jours.

Il y a également des crises diurnes d'épilepsie franche.

L'intérêt de l'observation réside dans le fait que ces crises diurnes sont précédées de vertige-aura.

Mais, tous les trois ou quatre jours, la malade a du vertige conscient qu'il est impossible de rattacher à aucune autre cause qu'à l'épilepsie.

De fait, le traitement bromuré a espacé notablement les crises épileptiques franches (deux en six mois). Le vertige conscient a pour ainsi dire disparu.

En 1897, elle revient pour demander une ordonnance; elle a cessé le traitement bromuré, et depuis trois mois elle a eu trois attaques paroxystiques d'épilepsie. Le vertige conscient a également reparu.

OBSERVATION V

(Charcot. — *Leçons du mardi*). (Combret.)

M^{me} A..., 31 ans, nerveuse, convulsions dans le jeune âge. Depuis 8 ans, elle est sujette à des engourdissements de la main droite, plus marqués dans la sphère du cubital. Ils se manifestent le plus souvent le matin, au lever, et se reproduisent tous les jours. Jamais ils ne remontent dans le bras; mais parfois la malade perçoit des sensations analogues dans la jambe. Elle éprouve en même temps une sorte de battement autour de la bouche, surtout à droite. Ces sensations sont quelquefois suivies de *vertiges* avec sensation de constriction dans la partie postérieure de la tête. Ces accès d'engourdissement durent environ une heure. Elle a depuis quelque temps de grandes attaques convulsives.

OBSERVATION VI

(Féré. — *Épilepsie et épileptiques*).

Thèse de Combret.

27 ans. A marché à 4 ans. Convulsions dans sa jeunesse. Incontinence d'urine jusqu'à 16 ans. Depuis l'âge de 11 ans, il a des *vertiges*; *il pâlit, il flechit sur ses jambes, sans convulsions postérieurement*. Ces accès se reproduisent

quatre ou cinq fois par jour. Leur répétition fréquente oblige notre malade à quitter son travail. Ils sont précédés d'une aura. C'est une sensation de boule qui part du flanc droit et remonte à la gorge. Il perd connaissance; tantôt il tombe, tantôt il reste debout, chancelant. Il sort de l'accès hébété pendant quelques minutes et présente à ce moment quelques mouvements automatiques. Ses facultés intellectuelles qui n'ont jamais été brillantes s'affaiblissent davantage.

Le traitement bromuré espace les accès et les fait disparaître.

OBSERVATION VII (Piorry)

signalée sous le nom d'épilepsie incomplète.

Thèse de Combret.

Des fourmillements, dit-il, parcourent le bras, en descendant de l'épaule jusqu'au bout des doigts. Les mains sont fortement contracturées. Pendant ces accès les souvenirs sont vagues et confus; la vision au réveil est troublée par des *b ouillards* légers, par quelques *éblouissements* (vertiges ? ou bien phénomènes d'épuisement consécutifs à l'attaque ?)

OBSERVATION VIII

(Service de M. Magnan). Thèse de Toigne.

M^{me} F..., 35 ans, a, depuis le 3 juillet dernier, des crises, visage bleuâtre, *éblouissements*, voile devant les yeux ; si elle est debout elle s'assied ou se laisse asseoir ; si elle parle, elle cesse sa phrase, mais elle n'en a pas conscience. Elle est un quart d'heure sans rentrer en possession de ses facultés intellectuelles. Pas de secousses dans les membres.

OBSERVATION IX (Toigne).

Georges, 18 ans, traité à Bicêtre pendant trois ans, depuis juin 1872, et où il était entré pour délire mélancolique. Il a eu là ses premières attaques, trois ou quatre par an. En outre : vertiges et délire consécutif.

Guéri depuis un an, il sort de Bicêtre en 1875 et part pour la Martinique où pendant quatre mois il boit jusqu'à un litre de tafia par jour. Il a alors deux attaques avec très peu de délire.

Revenant en France, à bord du vaisseau, il a sept attaques. Il rentre chez lui et, là, il n'a plus que trois *éblouissements* suivis de grande agitation, mais il reprend connaissance aussitôt après ses éblouissements. Il y a quatre ou cinq jours, il abandonne son travail, et pendant quatre jours, ignore où il a été.

L'attaque, chez lui, est précédée de symptômes ; il se sent

mal dans les nerfs, il est fatigué, il a des brouillards devant les yeux, *la tête lui tourne, il lui semble qu'il va tomber*. La durée de l'aura est de quelques secondes ; il tend le bras comme pour s'appuyer, son corps se raidit, il se renverse et perd connaissance. La face est rouge, il y a des convulsions des quatre membres et de la tête qui se dévie à droite. Pas de laideur de la figure, ni cri, ni écume, ni mictions involontaires. Durée : une minute. On l'aide à se relever ; il a quelques hallucinations, des mouvements automatiques environ pendant deux minutes. Plusieurs gardiens le retiennent, car il se démène sans prononcer une parole ; on l'assied ; il reste trois ou quatre minutes morne, puis recouvre ses sens. Il ne se souvient de rien, ni de l'aura, ni de l'attaque. (Comment peut-il ne pas se souvenir de l'aura, puisque l'auteur dit : « Il a des brouillards devant les yeux, la tête lui tourne, il lui semble qu'il va tomber »).

OBSERVATION X

(Thèse de Jannin), Service de M. Magnan.

P..., 60 ans. On lui a dit qu'il se levait quelquefois pendant la nuit, errait à l'aventure, parfois se couchait dans un lit qui ne lui appartenait pas ; mais il ne se souvient jamais de ces actes qu'on lui apprend. Il a toujours des *brouillards* devant les yeux, il est taciturne, anxieux, il recherche la solitude, il voit des petites bêtes. Est buveur.

OBSERVATION XI (Jannin).

X..., âgé de 46 ans, a des cauchemars, des hallucinations fréquentes. Il dit qu'on l'a vendu à l'Ecole de médecine pour le disséquer; il voit des individus qu'il accuse de complot contre lui, il a des vertiges, des bourdonnements, des tintements d'oreilles, un obscurcissement de la vue qui le forcent parfois à s'appuyer pour ne pas tomber. Mais il ne tombe pas, et surtout il ne perd pas conscience de son état; il rend parfaitement compte des troubles de ses sens comme de ceux de son intelligence.

OBSERVATION XII

Pitres (De quelques équivalents cliniques de l'épilepsie partielle. *Rev. de méd.*, 88).

M. T..., professeur de musique, 36 ans. Syphilis ancienne, mal soignée; pas d'accidents extérieurs. Marié, père de quatre enfants, dont trois vivants.

Jusqu'en 1880, santé bonne; en 1882, douleurs rhumatismales; en 1884, il est sujet à des céphalées s'exaspérant le soir, mais persistant toute la journée.

En janvier 1885, il veut se lever quand, tout à coup, il s'aperçoit qu'il ne peut quitter son fauteuil; il chancelle sur ses jambes et s'accoude au fauteuil pour ne pas tomber. Sans douleurs préalables, sans convulsions, sans étourdissements, ses membres inférieurs sont devenus inertes. Les membres

supérieurs avaient conservé toute leur force ; il n'y avait ni déviation de la face, ni troubles de la parole. L'intelligence était intacte.

La paralysie, dans dix minutes, s'atténue peu à peu et les forces reviennent. Après son dîner le malade fait une promenade comme si rien ne s'était passé.

Le 3 février survient une nouvelle attaque de paralysie transitoire qui a la même durée que la première. Mêmes symptômes, auxquels vient se joindre le *vertige* sans perte de connaissance.

Le 25 février, vers 10 heures du matin, il a une nouvelle attaque de paralysie, mais cette fois avec *vertiges*, *perte de connaissance* et *convulsions*. Le lendemain, les membres ont repris leur agilité ; une céphalée intense persiste. Pourtant, pas de tuméfaction du périoste péricranien, pas de gommès.

OBSERVATION XIII

(Grasset. — *Vertige avec crises épileptiformes*
chez un artério-scléreux.

Le 10 avril 1889 entre dans le service, au n° 17 de la salle Saint-Lazare, un marchand ambulant d'origine africaine, âgé de 45 ans. Il se plaint de céphalée, intolérable depuis 1 mois 1/2, mais existant un peu depuis quatre ans. Cette céphalée est à prédominance nocturne et accompagnée de douleurs dans les membres inférieurs. A diverses reprises,

dans la journée et surtout le matin, il éprouve des *vertiges* qui, depuis un mois, s'accompagnent souvent de *perte de connaissance et de chute*. Les crises présentent une durée de quelques minutes; elles sont précédées de bourdonnements d'oreilles auxquels font suite de l'oppression, des palpitations, des sueurs et un trouble de la vue.

Athérome considérable de la radiale, claquement diastolique intense de l'aorte, pupilles inégales, acuité visuelle diminuée.

Alcoolisme. Syphilis.

Au début de son séjour dans le service, le malade se plaint fréquemment de sensations de vertige, mais il ne tombe pas.

Sous l'influence des frictions mercurielles, amélioration. Deux mois après, guérison.



CONCLUSIONS

I° — Il convient d'étendre ainsi la définition du vertige :

« Le vertige est un trouble cérébral, une erreur de sensation, sous l'influence de laquelle le malade croit que sa propre personnalité ou que les objets environnants sont animés d'un mouvement vibratoire ou oscillatoire », G. de Mussy) « avec titubation » (P. Franck) s'accompagnant d'un « amoindrissement de la possession du moi », (Lasègue) dont l'intensité peut s'accroître au point d'aboutir à la perte de connaissance.

II° — Il est logique de réserver le nom de vertige épileptique aux seuls cas où l'on trouve la séméiologie du vertige et d'éliminer, au contraire, de cette entité morbide les autres accès incomplets du mal comitial.

III° — Le vertige peut exister dans l'épilepsie sous deux formes :

- a) Vertige conscient ;
- b) Vertige obscur (vertige aura).

IV° — Le vertige conscient est la seule manifestation de l'épilepsie où la conscience soit conservée et où le souvenir persiste.

V° — Ce qui juge ce vertige conscient, ce qui en fait une manifestation comitiale, c'est

a) Son alternance avec les autres manifestations de la névrose ;

b) Sa coexistence fréquente avec du vertige-aura ;

c) L'impossibilité en procédant par élimination de le rattacher à une autre étiologie ;

d) Son atténuation ou sa disparition sous l'influence du bromure, sa réapparition lorsque l'on vient à cesser le traitement.

Vu : par le Doyen,
BROUARDEL.

Vu : par le Président,
DIEULAFOY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Leroux*. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Art. Vertige.
- Grasset*. — Leçons de clinique médicale. 1891.
- Weil*. — Des vertiges. Thèse d'agrégation. 1886.
- Combret*. — Epilepsie larvée. Thèse de Paris. 1895-1896.
- Trousseau*. — Clinique médicale. Tome III.
- Charcot*. — Leçons du mardi. 1887-88-89.
- Fernel*. — Vertige et Epilepsie.
- Féré*. — Epilepsie et Epileptiques.
- Pitres*. — *Revue de médecine*. 1888. De quelques équivalents de l'épilepsie partielle.
- Toigne*. — Vertige épileptique. Diagnostic et Traitement. Thèse de Paris. 1877.
- Jackson*. — An Address on Ophthalmology. In Brit. Med. Journal. 19 mai 1877. — Auditory vertigo. The Brani. 1879.
- Herpin*. — Des accès incomplets de l'épilepsie. 1853.
- Kraft-Ebing*. — Annales. 1869. T. II.
- Delasiauve*. — Ann. médico-psychiques. 1873.

Billod. — Ann. médico-psychiques. 1843.

Lasègue. — Discours à la Société médico-psychologique sur
l'épilepsie larvée.

Vibert. — Précis de médecine légale.

Pierre (G.). — Prodromes de l'épilepsie. Thèse de Paris.
1886.

Jannin. — Epilepsie larvée. Thèse de Paris. 1875.

- Wolton — Les maladies psychiques, 1871.
Lange — Études sur la science médico-psychologique aux
États-Unis.
Fischer — Précis de médecine légale.
Fischer (A.) — Étiologie de l'épilepsie. Thèse de Paris.
1886.
Jansen — Épilepsie larvée. Thèse de Paris, 1875.



